

BILAN
D'UN AN DE TRAITEMENT
PAR
LA CHLORPROMAZINE

Service de Neuro-Psychiatrie du Centre Hospitalier de Saint-Etienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Mars 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges MAISONNEUVE

Né le 4 Février 1927, à SAINT-PAUL-EN-JAREZ (Loire)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

—
1954

BILAN D'UN AN DE TRAITEMENT
PAR LA CHLORPROMAZINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553211_0040

BILAN
D'UN AN DE TRAITEMENT
PAR
LA CHLORPROMAZINE

Service de Neuro-Psychiatrie du Centre Hospitalier de Saint-Etienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Mars 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges MAISONNEUVE

Né le 4 Février 1927, à SAINT-PAUL-EN-JAREZ (Loire)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

—
1954

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
Doyen.
Assesseur.

M. J. LEPINE.
M. HERMANN.
M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

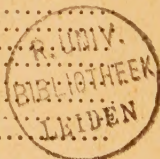
MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART,
PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique dermatologique et syphiligraphique
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Histologie
Pharmacie et Pharmacologie
Botanique et Cryptogamie
Physiologie
Anatomie pathologique
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie

MM. FROMENT.
P. RAVAUULT
SANTY.
WERTHEIMER.
BERNHHEIM.
BONNET.
REBATTU.
CIBERT.
DUFOURT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
NOEL
LEULIER.
NETIEN.
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTIUS.
(détaché à Beyrouth).
MAZEL.
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEFAND
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
JOURDAN.
REVOL.
BOURRET.
LEVRAT.
SOHIER.
BERTRAND.

Médecine du travail
Parasitologie et Pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
Chimie organique et Toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique et Climatologie
Anatomie
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Biologie médicale
Pharmacie galénique
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique
Hygiène
Propédeutique chirurgicale



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique..... M. BANSILLON.

Pharmacie et Pharmacolo-
gie DREVEN.

Chimie organique et Toxi-
cologie BADINAND

MAITRES DE CONFERENCES — AGREGES

Physique biologique BERGER.
Parasitologie COUDERT.
Physiologie CHATONNET.
Physiologie CIER.

Parasitologie ROMAN.
Histologie TUSQUES
Chimie biologique R. CREYSSSEL
Bactériologie BERTOYE.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
Pathologie médicale BRUN.
Pathologie médicale M. GIRARD.
Pathologie médicale P. GIRARD.
Pathologie médicale JEUNE.
Pathologie médicale VACHON.
Pathologie médicale GALY.
Pathologie médicale GONIN.
Pathologie chirurgicale BERARD.
Pathologie chirurgicale DARGENT.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES.
Pathologie chirurgicale LABRY.
Pathologie chirurgicale MANSUY.
Pathologie chirurgicale TRILLAT.
Pathologie chirurgicale GUILLET.
Obstétrique BROCHIER.

MM.
Obstétrique MAGNIN
Obstétrique MATHIEU.
Anatomie pathologique GUICHARD
Orthopédie MARION.
Anatomie LATARJET
Neuro-chirurgie LECUIRE.
Oto-rhino-laryngologie MAYOUX.
Ophtalmologie PAUFIQUE
Urologie PERRIN.
Dermato-syphiligraphie THIERS.
Médecine légale et Méde-
cine du Travail ROCHE.

CHARGES DES FONCTIONS D'AGREGE
Hygiène BENAZET.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. DECHAUME ; Assesseurs : MM. GIRARD P.,
VACHON et THIERS.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations
qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MON FILS

A MA MERE

A MON PERE

Je dédie ce modeste travail en témoignage de mon affectueuse reconnaissance pour la dette infinie que j'ai contractée envers eux et que chaque jour me permet de mesurer encore davantage.

A MON FRERE ET A MES SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRERES ET A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DECHAUME

*Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique
et Hygiène mentale*

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse. Nous voulons l'assurer de notre
sincère gratitude et le prions de
croire à notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé THIERS

Monsieur le Professeur Agrégé Paul-F. GIRARD

Monsieur le Professeur Agrégé VACHON.

Ils ont bien voulu accepter de nous
juger. Qu'ils trouvent ici l'expression
de nos sentiments très respectueux
et très reconnaissants.

A Monsieur le Docteur François GEREST ..

Médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne

Il nous a fait l'honneur de sa confiance en nous proposant ce travail dans l'élaboration duquel il a bien voulu nous guider avec une grande amabilité. Nous avons bénéficié de ses conseils au cours d'un semestre d'Internat. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOS MAITRES
DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON

Externat.

Monsieur le Docteur BOUVIER
Monsieur le Docteur POUZET
Monsieur le Docteur VERRIERE.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE SAINT-ETIENNE

Suppléance d'interne.

Monsieur le Docteur BOCCA
Monsieur le Docteur BOUQUIN
Monsieur le Docteur DUVERNE
Monsieur le Docteur F. GEREST.

Au Docteur H. DESPEIGNES
et au Docteur M. TREPPOZ

Nous avons pendant plus d'un an
bénéficié de leur bienveillant ensei-
gnement. Nous sommes heureux de
leur exprimer notre respectueuse re-
connaissance.

A TOUS NOS AMIS

AUX INTERNES DES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE

BILAN D'UN AN DE TRAITEMENT PAR LA CHLORPROMAZINE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Depuis l'apparition relativement récente de la Chlorpromazine dans l'arsenal thérapeutique, de nombreuses publications ont été faites sur l'utilisation de ce produit et particulièrement sur son emploi en neuro-psychiatrie, emploi qui, seul, nous intéresse ici.

LABORIT et ses collaborateurs l'utilisent dans l'hibernation, associé à d'autres produits, et remarquent le désintéressement frappant du malade pour ce qui se passe autour de lui sans pourtant noter d'autres altérations du psychisme.

Ce sont HANON, PARAINÉ et VELLUZ qui signalent les premiers l'action du médicament sur l'agitation maniaque (1952).

Peu après E. AZOURI (nov. 1952), puis P. CHATAGNON et P. CHANOIT (févr. 1953) confirment l'efficacité de ce produit dans la manie dont les accès, d'après COSSA, BOUGEANT et LOMBARD (mai 1953) céderaient plus régulièrement à la Chlorpromazine qu'aux traitements de choc. Récemment P. BROUSSOLLE et G. HAMONEAU d'une part (*Lyon Médical*, déc. 1953), F. GEREST et nous-mêmes d'autre part (*Lyon Médical*, janv. 1954) avons conclu à son action remarquable dans l'agitation maniaque.

La Chlorpromazine est efficace aussi dans les états confusionnels, J. DELAY et ses collaborateurs montrent (oct. 1952), qu'en dépit de la somnolence initiale, l'élément confusionnel se résout assez rapidement, les malades redevenant peu à peu lucides, orientés, capables d'attention. P. SIZARET et F. SALOMON affirment en parti-

culier (janv. 1953) que les états confusionnels alcooliques bénéficient d'un tel traitement, utile aussi dans certains cas de délirium, tel celui publié par A. PERRET, J. BECKER et G. LACOSTE (mai 1953) se rapportant à un malade, éthylique chronique, et dont le délire aigu a cédé à la Chlorpromazine après avoir résisté aux traitements classiques.

Par ailleurs J. DELAY et P. DENICKER apportent dès juillet 1952 une statistique de 38 cas de psychoses traitées par la cure prolongée et continue de Chlorpromazine. De même J. SIGWALD et D. BOUTTIER d'une part, A. PERRET, J. BECKER et G. LACOSTE (mai 1953) d'autre part emploient ce produit avec succès, chez des sujets atteints de psychose chronique interprétative ou hallucinatoire depuis des années. Ces mêmes auteurs ont eu recours à la drogue dans quelques cas de mélancolie mais avec des résultats beaucoup plus inconstants.

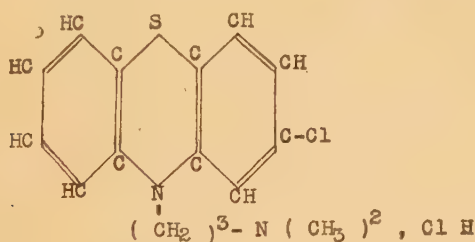
Quant à la schizophrénie THIÉBAUX et BOYER observent (avril 1953) quelques améliorations chez des malades évoluant depuis plusieurs années mais il est intéressant de noter que si ces auteurs ont constaté l'atténuation, ou même, la disparition des troubles du cours de la pensée, il n'y a eu par contre aucune amélioration des troubles du langage écrit.

Enfin J. SIGWALD et D. BOUTTIER étudient (avril 1953) les effets de la Chlorpromazine chez les malades de consultation hospitalière, ces névropathes, petits mentaux qui, sous la réserve d'une cure très prolongée et progressivement décroissante, semblent tirer le plus grand profit de la médication.

RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS CHIMIQUES ET PHARMACODYNAMIQUES

Nous serons assez brefs sur ce chapitre, la Chlorpromazine (dénomination adoptée par la Commission du Codex) étudiée par les laboratoires Rhône-Poulenc-Spécia et spécialisée par eux sous le nom de Largactil (4560 R.P.) étant maintenant un produit bien connu.

Du point de vue chimique, il s'agit d'un chlorhydrate de chloro-3 (diméthylamino-3' propyl) — 10 phénothiazine répondant à la formule développée ci-après :



Poids moléculaire : 355,32

Il s'agit donc d'un dérivé aminé de la phénothiazine faisant partie, à ce titre, de la même famille clinique que le phénergan, le diparcol et le multergan.

Ce corps est très soluble dans l'eau et la solution obtenue en dissolvant 1 gr. du produit dans 20 cc. d'eau a un pH compris entre 4 et 6,5, soit un peu acide.

Du point de vue pharmacodynamique, il s'agit d'un corps neuroplégique à la fois spasmolytique (expériences sur le lapin préalablement éseriné et dont la tonicité intestinale s'abaisse par le Largactil intra-veineux), sédatif et hypno-

tique, agissant simultanément sur le système nerveux végétatif et le système nerveux central. Il est en outre antiémétique, antishock, adrénolytique et anticholinergique.

Signalons parmi les conséquences de ces propriétés :

- une action hypotensive se manifestant par des malaises (vertiges, lipothymies) que nous n'avons d'ailleurs que rarement notés car ils se rencontrent surtout au début des traitements ambulatoires, alors que nos malades étaient pour la plupart des alités ;

- un accès de tachycardie en général très modéré ;

- une hypothermie, supérieure, si l'on en croit les expériences faites sur le chien et la souris, à celle obtenue par des doses égales de pyramidon. Paradoxalement pourtant il a été noté (J. DELAY et ses collaborateurs) des élévations thermiques plus ou moins marquées.

Enfin il faut rappeler le rôle potentialisateur du Largactil qui accroît la sensibilité de la cellule nerveuse. C'est ainsi que les anesthésiques généraux voient leur pouvoir augmenté sans modification de leur toxicité propre.

De nombreuses études ont été faites, sur le lapin en particulier, sur le passage du Largactil dans le milieu sanguin et son élimination par les urines. En ce qui concerne la concentration sanguine, le maximum en est atteint à la troisième heure par administration per os et à la deuxième, par voie sous-cutanée. L'excrétion urinaire du produit s'étalant sur trois ou quatre jours ne dépasse jamais 5 à 8 % de la dose ingérée ou injectée, ce qui laisse à penser que la Chlorpromazine subit une dégradation profonde dans l'organisme.

Notons enfin que le produit est recherché et dosé par colorimétrie en utilisant la coloration rouge obtenue, notamment avec l'acide sulfurique concentré.

MODE D'ACTION DE LA CHLORPROMAZINE ET POSOLOGIE

Le mode d'action du Largactil dans les psychoses est encore assez hypothétique.

Tous les auteurs sont d'accord pour noter la phase de somnolence qui suit l'administration du produit, puis, selon l'expression de LABORIT, et comme nous l'avons signalé plus haut « le désintéressement du malade pour tout ce qui se passe autour de lui » mais c'est dans l'interprétation de ces faits que naît la discussion.

L'expérimentation sur le rat démontre que la Chlorpromazine a la propriété de déconditionner un animal chez lequel on a créé préalablement un réflexe conditionné.

En rapprochant cette expérience des faits constatés en clinique on peut admettre que le Largactil crée une déconnection entre les incitations venue de l'extérieur du corps, ou développés en lui, et la perception consciente ; en d'autres termes, suivant l'expression de LABORIT, il se produit une interception synaptique entre la corticalité et le diencephale, ce qui permet un déconditionnement et LABORIT et LASSNER de parler de « lobotomie pharmacologique », mais ce terme de « lobotomie » est critiqué par SIGWALD et avec lui nous le trouvons impropre car la personnalité même du malade ne semble pas atteinte, ne serait-ce que passagèrement, comme elle l'est après une lobotomie chirurgicale. L'hypothèse de LABORIT n'en a pas moins le mérite d'expliquer la mise au repos des centres supérieurs qui apparaissent ainsi déconnectés, exclus.

On peut comprendre alors l'action en apparence si complexe du Largactil qui, en particulier, a la propriété d'agir

sur l'anxiété et la dépression mélancolique ou sur l'hyperexcitabilité et la manie.

En tous cas, comme le faisait remarquer SIGWALD, l'action hypnogène indiscutable du produit confirme son point d'attaque sur le diencéphale ou ses connections.

La Chlorpromazine agirait d'ailleurs doublement quant à nous sur le diencéphale, d'une part, par son action hypnogène proprement dite, d'où son efficacité dans l'agitation de certaines psychoses jusque-là incurables ou difficilement curables et dans l'insomnie des états dépressifs simples. L'heureux effet du 4560 R.P. se maintenant tout au long du traitement en dépit de la disparition fréquente de la somnolence initiale tandis, qu'au contraire, la suppression de la thérapeutique entraîne la réapparition de l'insomnie (ce qui ne veut pas dire, hélas ! que la prolongation, même très poussée, du médicament hypnogène, implique chaque fois, en vertu de ce pouvoir la guérison de la psychose responsable de l'insomnie). Action double sur le diencéphale, disions-nous, car d'autre part, et les observations ci-dessous rapportées concernant des accès maniaques en font foi, la Chlorpromazine semble avoir une action presque spécifique dans certains troubles de la régulation thymique et elle n'agit plus alors simplement comme un hypnotique banal. C'est aussi d'ailleurs l'avis de SIGWALD, lorsqu'il écrit à propos de névropathes anxieux et de mélancoliques soumis à la médication « le traitement n'agit pas par la somnolence qu'il provoque et nous insistons beaucoup sur la fréquence de l'euphorie provoquée ; nous ne partageons pas l'opinion d'ABELY qui pense que c'est par un effet de somnolence que son action se manifeste ».

Voilà qui rejoint notre propre opinion et qui peut expliquer la puissance du rôle « psychoplégique » du Largactil avec, comme conséquence thérapeutique et pratique, l'inutilité, dans beaucoup de cas, d'obtenir un effet de somnolence pour être efficace.

Notons que DAVID, BENDA et KLEIN ont pu noter l'effet

de l'injection intra-veineuse de Clorpromazine sur le tracé électro-encéphalographique et que l'on peut, disent-ils, schématiser cet effet en remarquant que le produit se borne à produire un rythme alpha plus ample et plus régulier.

Pour la conduite du traitement, il ne sera question ici que de l'utilisation du Largactil seul, laissant de côté les associations médicamenteuses et cocktails thérapeutiques dans lesquels il joue souvent pourtant un rôle important (comme dans certaines méthodes d'hibernation).

Posologie

Nous n'avons jamais utilisé la voie intra-veineuse, nous contentant de la voie intra-musculaire et de la prise buccale (ampoules de 50 mgs et plus récemment de 25 mgs — comprimés de 25 mgs) employant indifféremment d'abord l'une ou l'autre, puis donnant la préférence à la voie buccale, plus simple, et aussi active nous a-t-il semblé, tandis que nous lui substituions l'intra-musculaire chaque fois seulement que l'état physique ou mental du malade nous y obligeait.

La posologie ne saurait être univoque. De fortes doses d'emblée s'imposent chez les grands agités (150 à 200 mms *pro die*).

Il est préférable au contraire, chaque fois que c'est possible, et en particulier lorsqu'il s'agit de vieillards, de n'augmenter que progressivement le nombre de comprimés ou d'injections : 50 mgs le ou les premiers jours puis 100, 150 mgs et davantage si nécessaire. Notons que cette méthode présente le double avantage de tâter la susceptibilité du sujet et d'atteindre sans heurts la dose optima qui, répétons-le, n'a souvent rien à voir avec la dose hypnotique.

Chez les névropathes, anxieux, déprimés, la posologie sera évidemment plus faible, 50 à 100 mgs répartis en 3 ou 4 prises quotidiennes. En effet, et ce sera la première de nos règles thérapeutiques, il faut toujours répartir la

prise du produit dans les 24 heures, de façon à obtenir une action aussi continue que possible.

Deuxième règle sur laquelle de nombreux auteurs dont DELAY et DENICKER ont très insisté, la médication sera toujours prolongée très au delà de la disparition des signes ou de la guérison apparente. Il est évidemment impossible de fixer des délais précis, le traitement étant d'autant plus prolongé que l'affection est plus grave mais on peut donner trois semaines à un mois comme chiffre moyen.

Enfin, troisième point capital, en aucun cas, on ne cessera brusquement le traitement mais, au contraire, les doses seront diminuées très progressivement pour aboutir à 25 ou 50 mgs quotidiens, véritable posologie de convalescence durant des semaines et parfois des mois.

Le Largactil n'est pas toxique, c'est un argument encore pour ne pas hésiter à prescrire des cures prolongées et, s'il en était besoin, nous en apporterions une preuve de plus par l'observation d'une de nos malades qui, déprimée, anxieuse, avala dans un but de suicide un assez grand nombre de comprimés que l'on avait eu le tort de laisser à sa portée, très somnolente pendant 24 heures mais non comateuse, elle se remit rapidement et complètement.

Nous ne retiendrons dans l'état actuel de nos connaissances et de notre expérimentation que très peu de contre-indications à la méthode et pratiquement que les comas barbituriques et certains comas éthyliques (avec imprégnation alcoolique aiguë).

Les accidents signalés sont rarissimes et il existe surtout des incidents : clochers fébriles, tachycardie passagère, réactions pseudo-phlegmoneuses de la fesse au lieu d'injection, et surtout incidents liés à l'action hypotensive de la Chlorpromazine depuis les lourdeurs de la tête jusqu'à l'état lipothymique de courte durée. Signalons aussi quelques éruptions passagères de type urticarien et que nous avons observées à plusieurs reprises.

Nous rappelons à ce sujet que les solutions injectables de Largactil peuvent provoquer chez ceux qui les mani-

pulent des phénomènes à type de sensibilisation et principalement des manifestations cutanées diverses (eczéma, urticaire...), d'où précautions élémentaires de la part du personnel hospitalier. Quant à l'action antiphlogistique, notée par DELAY, nous ne l'avons jamais observée.

De tout cela résulte une seule précaution spéciale à prendre dans l'administration du Largactil, c'est l'alitement aussi strict que possible, et en tous cas le décubitus d'au moins une demi-heure, après chaque prise. Précaution non indispensable mais nécessaire dans la plupart des cas pour éviter les incidents liés à l'action hypotensive du produit.

NOS OBSERVATIONS

N° 1. — Mlle B...

Jeune fille de 21 ans, entrée dans le service le 18 décembre 1952.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux.

Pas de maladie organique dans les antécédents personnels. Tempérament nerveux, mais jeune fille très normale jusqu'ici et dont les troubles pathologiques ont débuté brusquement sans cause apparente, la veille de l'entrée.

Se présente comme une manie aiguë typique (agitation psycho-motrice, chants, euphorie, fausses reconnaissances, fuite des idées) avec température à 39° et mauvais état général, examen somatique négatif.

On essaye d'abord le carbonate de lithium, très vite abandonné, car mal toléré par le tube digestif, et remplacé par le bromure intra-veineux, dont l'effet calmant est net. Echec des électro-chocs simples faits simultanément. Pour essayer de couper l'accès maniaque s'accompagnant toujours d'une fièvre importante, certainement d'origine centrale, car les examens somatiques et de laboratoire restent négatifs, on entreprend alors une série de coramine électro-chocs.

Amélioration rapide par ce dernier traitement et arrêt des électro-chocs le 20 janvier 1953, après la sixième séance.

Dès le 26 janvier, rechute manifeste : (accès maniaque aussi important qu'à l'entrée).

Il faut noter l'apparition, fin décembre, d'une complication mécanique, à savoir, un syndrome de Volkman du côté droit, consécutif à l'agitation importante de la malade, alors qu'elle avait dû être maintenue par des courroies.

Le 7 janvier, on entreprend le traitement au Largactil (4 injections de 50 mg. d'abord, puis 4, 3 et finalement 2 comprimés) dont l'effet est manifeste, mais incomplet, l'amélioration ne se produisant que lentement.

Cependant, le 1^{er} avril, la malade peut être transférée en chirurgie pour y subir, avec succès, l'intervention conseillée

pour son syndrome de Volkman et, toujours sous l'influence du Largactil (2-3 comprimés par jour), elle quitte le service de chirurgie le 1^{er} mai 1953, sans nous être montrée.

Revue à la consultation du Service le 15 mai, elle continue à aller bien.

Enfin on apprend, le 15 novembre 1953, que la malade a cessé tout traitement depuis plus d'un mois et qu'elle continue à aller très bien, s'occupant normalement chez elle.

N° 2. — Mme R...

Jeune femme de 26 ans, passant dans le service le 7 février 1953, venant de celui du Docteur B. MULLER, où elle était entrée le 31 janvier, mais dans lequel elle ne pouvait être gardée en raison de son agitation.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux.

Personnellement, n'a eu aucun trouble psychique antérieur. A noter un érythème noueux à 11 ans.

Le 25 décembre 1952, cholécystostomie pour vésicule calculieuse, alors que depuis dix-huit mois s'étaient produites plusieurs crises douloureuses abdominales qualifiées de néphrétiques, (ce qui n'avait peut-être pas été chaque fois une erreur, comme le montrera l'évolution !), avant d'être imputées à la vésicule. D'ailleurs, l'intervention d'urgence fut elle-même décidée avec le diagnostic erroné d'appendicite, diagnostic redressé en cours d'opération.

A l'entrée, accès typique d'hypomanie (excitation psychomotrice, logorrhée, fuite des idées) sans la moindre note confusionnelle, mais avec extériorisation d'idées délirantes. Examen somatique négatif, à part une température subfébrile (37°5-38°).

Sur le conseil du Docteur MULLER, on continue à fortes doses le traitement antibiotique (pénicilline, streptomycine) qui avait été instauré et on donne du Largactil (0 gr. 10 par voie intra-musculaire, puis 6 comprimés).

Dès le 17 février 1953, après dix jours de traitement, la malade va beaucoup mieux, peut être passée dans le service du Docteur MULLER le 20 février, et quitter l'hôpital quelques semaines plus tard.

Sous couvert de Largactil, l'état de la malade permet le 18 mars, de pratiquer en clinique une cholecystectomie, sans incidents. Mais, trois ou quatre jours plus tard, rechute franchement maniaque avec désorientation et, le 23 mai, la malade

doit être de nouveau hospitalisée dans le service. On continue cette fois encore le traitement antibiotique et on reprend aussitôt le Largactil qui avait été interrompu en clinique après l'intervention. Amélioration rapide, sort guérie le 11 avril, la plaie opératoire étant bien cicatrisée.

Mais en dépit du traitement d'entretien prescrit et observé, rechute presque immédiate nécessitant une troisième hospitalisation le 19 avril 1953. Le mari de la malade signale la coïncidence d'une poussée fébrile avec cette rechute.

Le Largactil (6 comprimés par jour) est une fois encore rapidement efficace, mais le 25 avril, clocher fébrile à 40°5 et réapparition des signes de manie, alors que les doses de Largactil avaient été maintenues. Un examen d'urines (albuminurie, hématurie microscopique) confirmait le surlendemain l'impression clinique de pyélonéphrite avec douleur dans la fosse lombaire droite.

Et cette fois, malgré le traitement, l'amélioration est beaucoup plus longue à se produire et ne devient nette qu'à partir du 6 mai. La malade peut néanmoins sortir le 11 mai, apparemment guérie.

Revue le 23 septembre 1953, la guérison se maintient, mais la malade, normale par ailleurs, accuse une insomnie rebelle nécessitant la prise quotidienne de sirop de chloral plus deux comprimés de Largactil. Elle avoue ne pouvoir se passer de ses drogues.

A noter qu'entre temps se sont produits trois ou quatre clochers fébriles sans conséquence, mais devant lesquels le médecin traitant a jugé prudent de redonner de la terramycine qui avait été prescrite dans le service à la dose de 1 gr. *pro die* lors du dernier accès maniaque.

N° 3. — Mme C...

Femme de 39 ans, entrée le 31 mai 1953.

Rien à signaler dans ses antécédents familiaux.

A 20 ans, petit accès dépressif soigné à domicile.

A 29 ans, accès identique mais qui dura dix-huit mois et ne cessa qu'avec la première grossesse.

Par la suite, a fait un petit accès dépressif avec aboulie, deux ou trois mois après chacun de ses cinq accouchements (dernier accouchement il y a 2 ans).

L'accès maniaque motivant l'hospitalisation a débuté six jour plus tôt, sans raison apparente.

A l'examen, manie typique avec légère désorientation dans l'espace.

Sort le 5 juin 1953, emmenée par sa famille, en maison de santé, mais déjà très améliorée par le traitement (4 puis 6 comprimés de Largactil).

N° 4. — Mme V...

Femme de 52 ans, atteinte de psychose périodique et entrant pour la sixième fois dans le service le 27 mai 1953.

Aucun antécédent psychopathique familial.

Aucune maladie organique importante n'est à retenir. Mais depuis l'âge de 35 ans, survient environ tous les deux ans un court accès dépressif guérissant spontanément en quelques semaines jusqu'en 1945, année de la première hospitalisation, pour accès maniaco-dépressif. La malade oscillant plusieurs fois par jour entre la manie et la mélancolie. A noter alors simplement une hypertension artérielle à 17/10. Echec total des électro-chocs simples et internement au Puy, où la malade reste un peu plus de trois mois (donc accès de cinq mois environ).

Seconde hospitalisation en 1949, pour accès maniaco-dépressif typique. Hypertension à 19/10. Echec des électro-chocs coramine et nouvel internement.

Troisième hospitalisation en 1950, à la suite d'une tentative de suicide. Accès cette fois mélancolique pur et guérison après six électro-chocs. Sortie.

Quatrième hospitalisation en 1952, allait très bien depuis deux ans et vient de rechuter sans raison apparente. Accès maniaco-dépressif avant l'entrée, accès maniaque dans le service.

Hypertension à 22/13. On essaye le carbonate de lithium qui donne rapidement une guérison apparente, mais rechute vingt jours après sa sortie et doit finalement être internée à la suite de l'échec du carbonate de lithium, à nouveau prescrit au cours de ce cinquième séjour. Hospitalisée pour la sixième fois le 27 mai 1953 : manie typique avec excitation psycho-motrice intense, hypertension artérielle à 22/11 sans albuminurie.

Mise au Largactil à 6-8 puis 10 et finalement 12 comprimés par jour, on note une amélioration nette et assez brutale le 9 juin 1953, après quatre jours de traitement à 12 comprimés *pro die* et comme si les doses inférieures des jours précédents avaient été inefficaces parce qu'insuffisantes.

Et le 15 juin, alors que depuis 24 heures on essaye de diminuer les doses (8 comprimés) on note la persistance de la guérison apparente, ce qui n'empêche pas son départ pour Le Puy le 17 juin car son mari, méfiant, ne veut pas la reprendre immédiatement.

On apprend par la suite que la guérison s'étant maintenue, la malade est rentrée chez elle après quinze jours d'Asile seulement.

N° 5. — Mlle N...

Entrée dans le service le 4 juin 1953.

Dans les antécédents familiaux, on relève l'internement d'un oncle maternel et l'existence de troubles psychiques chez un cousin, également du côté maternel.

Fille intelligente, mais pas très bien équilibrée, excessive, venant de passer par une longue période dépressive entretenue par des soucis familiaux et professionnels.

A l'entrée, accès maniaque typique avec légère désorientation dans l'espace.

Traitement par le Largactil, seul : 4, puis 6 et 8 comprimés par jour.

Dès le 9 juin, va beaucoup mieux, tout en gardant un petit syndrome d'excitation cérébrale.

Le 15, il est noté : « excitation cérébrale minime maintenant ».

On retrouve le caractère anxieux et tourmenté de la malade aux préoccupations mystiques un peu excessives !

Le 2 juillet, sort apparemment guérie et devant continuer à prendre de petites doses de Largactil.

Revue par le Docteur GERFEST deux mois plus tard. Est normale, dort bien, se trouvant même mieux qu'avant l'accès maniaque, car les préoccupations familiales et professionnelles se sont dissipées et elle a trouvé une situation. A noter qu'elle a cessé rapidement tout traitement d'entretien !

N° 6. — Mme D...

Femme de 59 ans.

Périodique tombée malade au cours d'un voyage à Saint-Etienne et ayant été soignée cinq ou six fois déjà dans un établissement psychiatrique de Marseille.

Admise d'urgence le 21 juin 1953 pour accès de manie aiguë, franche.

Traitement : Largactil seul suivant le schéma : 4, 6, 8, 6, 4 comprimés par jour.

Comportement normal dès le 25 juin, mais reste dans le service jusqu'au 17 juillet, continuant à prendre ses 4 comprimés par jour et paraissant par ailleurs parfaitement normale du point de vue psychique.

N° 7. — Mme C...

Femme de 61 ans, entrant dans le service pour la sixième fois, le 24 juin 1953.

Ne semble pas appartenir à une famille de périodiques, mais l'est indiscutablement elle-même.

Premier accès maniaque en 1936 : internement.

Deuxième accès maniaque en 1937.

Troisième accès maniaque en 1939 : internement.

Quatrième accès maniaque en 1951 : manie aiguë typique.

Dès le troisième électro-choc coramine, amélioration nette, mais après le cinquième, confusion et gâtisme obligent à arrêter la sismothérapie.

La confusion se dissipe peu à peu après arrêt du traitement, et la malade sort guérie après une hospitalisation de vingt-trois jours.

Dernière hospitalisation du 24 juin 1953 au 29 juillet, motivée par un nouvel accès maniaque typique.

Traitement : Largactil seul aux doses habituelles, 6, 8, 10, 8, 6 comprimés par jour).

Le 16 juillet, on constate une amélioration très importante pouvant être qualifiée de guérison, mais la famille se refuse à reprendre la malade (périodes de rémission très courtes, les rechutes fréquentes étant un trop gros élément perturbateur de l'équilibre familial) et elle doit être internée.

En somme, état thymique instable coupé d'accès maniaques.

Efficacité du Largactil comme des électro-chocs coramine.

On peut se demander si l'usage prolongé du Largactil aurait ou non permis une vie normale !

N° 8. — Mme A...

Femme de 43 ans, seule périodique de sa famille, entrant pour la quatrième fois dans le service le 23 août 1953.

Rien à signaler dans ses antécédents familiaux.

A eu un premier accès à Paris en 1935.

Deuxième accès maniaque en 1941 : internement après échec de six semaines d'hôpital et du Cardiazol.

Nouvel accès maniaque en 1946 et nouvel internement, le somnifène étant resté sans effet.

Entre à nouveau, maniaque typique, le 1^{er} juillet 1953. Est améliorée très rapidement par le Largactil aux doses habituelles (4, 6, 8, 10 puis 8, 6, 4 comprimés *pro die*) et se comporte normalement dès le 6 juillet. Sort le 20 juillet avec un traitement d'entretien conseillé. Mais néglige le dit traitement après quelques jours et rechute aussitôt.

Hospitalisée de nouveau le 23 août 1953 pour manie aiguë. Reprise du Largactil (jusqu'à 8 comprimés par jour) et rapide amélioration. Sort guérie le 12 septembre, allant bien depuis une semaine. On peut espérer que la famille veillera à l'exécution du traitement prescrit !

N° 9. — Mme G...

Femme de 53 ans, entrée dans le service le 15 août 1953 pour un onzième séjour. Il s'agit d'une psychose périodique à forme uniquement maniaque et sans antécédents familiaux.

Premier accès en 1937 (déclenché par un phlegmon de l'aiselle) un mois d'hospitalisation.

Nouvel accès en 1939, de durée identique (traité par le somnifène).

Deux accès en 1940, sans cause apparente, et ayant duré trois semaines chacun.

Un accès en 1941 : un mois d'hospitalisation malgré le traitement par le cardiazol.

Nouvel accès en 1942 ayant duré plus d'un mois en dépit de bromure de sodium, puis cardiazol.

En 1946, nouvel accès maniaque typique qui ne dura que quinze jours et cessa spontanément.

Huitième séjour en 1947 et transfert en maison de santé après trois semaines d'hospitalisation.

Il faut noter qu'au cours des hospitalisations antérieures, l'internement avait été décidé huit fois, mais chaque fois la guérison était venue faire annuler démarches et certificats administratifs déjà faits.

En 1948, est hospitalisée à la suite d'accès récidivants après une série de huit électro-chocs en maison de santé (cause déclenchante probable dans la mort de sa mère), guérison spontanée après quelques jours d'hôpital.

Revient deux mois plus tard pour sortir après un mois, guérie sans traitement.

En somme, 1948 est une année particulièrement mauvaise, marquée par des accès maniaques subintrants, par contre, pas de nouvelle hospitalisation jusqu'en 1953.

Entre le 15 août 1953 et on apprend par sa famille qu'elle n'a jamais été tout à fait normale, souvent excitée, menaçante parfois, mais faisant très bien malgré tout son travail ménager.

Manie typique à l'entrée avec excitation psycho-motrice, propos incohérents et fuite des idées, examen négatif cette fois comme les précédentes.

Traitement par le Largactil (4, 6, 8 et 10 comprimés par jour) qui calme assez vite la malade, mais elle reste indifférente à son état, a des troubles de la mémoire et, le 20 août, on note que l'on redoute un processus involutif, crainte qui ne semble pas justifiée par la suite et après diminution progressive des doses de Largactil.

Sort le 31 août, apparemment guérie et normale. Traitement d'entretien habituel (un mois).

N° 10. — Mme M...

Femme de 44 ans, hospitalisée pour la troisième fois dans le service, du 17 août 1953 au 11 septembre 1953, date de sa mort.

Pas d'antécédent psychopathique familial — mari et six enfants en bonne santé — une fausse-couche. Aucun passé pulmonaire.

Premier accès maniaque en 1936, internement de six mois en maison de santé.

Deuxième accès en février 1944, hospitalisée de nouveau en clinique, en sort apparemment guérie après huit électro-chocs mais, quelques jours après sa sortie, bombardement de Saint-Etienne, rechute immédiate et entrée dans le service pour accès maniaque typique. Reprise quinze jours plus tard par sa famille, elle était sinon guérie, du moins très améliorée par le somnifère intra-musculaire.

Hospitalisée une deuxième fois le 12 février 1951 pour manie typique durant depuis quinze jours déjà. T.A. : 15,5/9, foie perçu.

Traitée par électro-chocs-coramine, elle était améliorée dès le troisième, mais huit jours après l'arrêt de la sismothérapie (six chocs en tout) rechute nette obligeant à recommencer

le traitement. Sort guérie le 23 mars 1951 après une deuxième série de dix électro-chocs coramine (les quatre derniers à raison de deux seulement par semaine, et pour essayer de consolider une guérison longue à se produire).

Normale de 1951 à 1953, entre pour la troisième fois dans le service le 17 août 1953, manie typique cette fois, avec troubles du cours de la pensée et allure pseudo-démentielle. Malgré de fortes doses de Largactil (8 comprimés *pro die*) reste agitée et souvent confuse.

Apparition d'une fièvre qui augmenta peu à peu jusqu'à la mort et est restée inexpiquée (examen somatique négatif) jusqu'au jour où un film pulmonaire décèle une tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale.

On note le 5 septembre : « Aucune amélioration de l'état psychique, alternance de torpeur, cris et agitation, paroles incohérentes. Aggravation de l'état général et apparition d'une petite raideur de la nuque. »

F.O. : pas d'œdème. La P.L. pratiquée le même jour, avant de connaître les résultats du film, ramène un L.C.R. clair avec :

glucose : 0 gr. 70 par litre ;

albumine : moins de 0 gr. 20 par litre ;

chlorures : 6 gr. 35 par litre ;

cytologie : 1,4 leucocytes par mm³, pression : 20; manœuvre de Queckenstedt libre. Le 10 septembre, alors que la température continue à monter en dépit du traitement antibiotique classique, on trouve dans le L.C.R. : 72 éléments blancs (75 % de lymphocytes),

albumine : 0 gr. 20 par litre ;

sucres : 0 gr. 55 par litre ;

(chlorures non dosés par suite d'insuffisance de liquide).

Finalement torpeur progressive avec signes méningés nets et exitus le 11 septembre. Opposition à l'autopsie.

On peut se demander si le dernier accès maniaque, plus ou moins typique, a été déclenché par une tuberculose méningée latente ou si c'est la manie qui a aggravé la tuberculose avec méningite terminale.

N° 11. — Mlle J...

Femme de 54 ans, entrée dans le service le 2 septembre 1953.

Pas d'antécédent psychopatique familial.

Il s'agit d'une périodique dont c'est le cinquième séjour à l'hôpital.

De caractère difficile, irritable, instable dans ses places, fait un premier accès de type maniaque et de courte durée en 1932, soit à l'âge de 33 ans.

En 1939, nouvel accès maniaque avec violences ayant nécessité l'internement au Puy pour on ne sait quelle durée.

Nouveau séjour en 1949.

Depuis sa sortie de l'asile, alternance de périodes normales et de périodes pathologiques avec tantôt état dépressif et tantôt excitation. L'accès actuel (juin 1948) semble avoir été provoqué par une nouvelle perte d'emploi ! A l'examen, obnubilation et excitation psycho-motrice un peu atypique, qui cède en trois semaines de traitement banal (spasmoryl intramusculaire). Quelque temps après, ramollissement cérébral sans perte de connaissance, mais avec hémiparésie droite et Babinski.

Nouveau séjour en juillet 1951 pour accès maniaco-dépressif, avec alternance dans la même journée de bouffées anxieuses et d'excitation manique assez typique, le tout avec une légère désorientation temporo-spatiale et un petit état subconfusionnel. T.A. : 11/8, examen négatif par ailleurs.

Sismothérapie en dépit du terrain vasculaire. Confusion à la suite du cinquième électro-choc coramine (un électro-choc quotidien) mais disparition de la manie. La confusion s'étant peu à peu dissipée, la malade est rendue à sa famille après un mois d'hôpital.

Entre ce séjour et le suivant, elle consulte à deux reprises le Docteur F. GEREST pour une insomnie rebelle, mais aucun trouble psychique ne peut être noté alors.

Nouveau séjour en juin 1952 pour excitation maniaque avec confusion et désorientation spatio-temporale. Mise au carbonate de lithium, il est assez mal toléré du point de vue digestif (diarrhée) mais une amélioration semblant se dessiner, il est continué malgré tout et associé au Laudanum. L'amélioration se confirme et la malade rentre chez elle le 10 juillet 1952, restant néanmoins un peu confuse.

Fait intéressant, elle consulte le Docteur F. GEREST le 26 août 1953 (soit sept jours avant la dernière hospitalisation). Cette consultation est motivée par une insomnie rebelle et, si la malade s'exprime normalement, son comportement, lui, est quelque peu étrange : dit avoir envie de chanter... refuse d'uriner parce qu'elle a bu de la limonade... Bradypsychique, hypertendue à 23/14, on note la petite hémiparésie droite séquellaire.

Bref interrogatoire et examen ne permettaient pas de conclure à un accès maniaque, mais mettaient en évidence l'imminence d'une rechute. Cependant le traitement prescrit (4 comprimés de Largactil) n'empêcha pas l'accès de se préciser et la malade entra à l'hôpital le 2 septembre.

Manie aiguë peu tytique, sans euphorie et avec obnubilation.

Traitement : 6 comprimés de Largactil par jour.

Sort, apparemment guérie, quinze jours plus tard.

Il ne semble pas que l'histoire vasculaire soit à rapprocher des accès maniaques bien antérieurs à elle, le Largactil, impuissant à empêcher l'accès de se déclarer, l'a cependant écourté de façon certaine mais ni mieux, ni plus mal que ne l'avaient fait les traitements antérieurs.

N° 12. — Mme M...

Malade de 53 ans, entrée dans le service le 13 septembre

Pas d'antécédent psychopathique familial.

1953.

Hystérectomie pour fibrome en 1943, hospitalisée déjà 4 ou 5 ans plus tôt dans une maison de santé et traitée par électrochocs.

A l'entrée, maniaque typique, l'accès ayant débuté quelques jours avant sans raison apparente.

Traitement habituel : Largactil (4, 8, 10 comprimés par jour).

Le 21 septembre, elle est un peu plus calme, mais l'amélioration n'est que partielle, en effet, dès que l'effet du Largactil diminue, la malade recommence à s'agiter et à crier, euphorie et fuite des idées réapparaissent.

Le 26 septembre, l'état est stationnaire; la famille, impatiente, reprend la malade pour la conduire en maison de santé.

Il semble excessif, étant donnée la très courte durée de l'essai thérapeutique, d'affirmer son échec.

N° 13. — Mme F...

Entrée le 23 novembre 1953 pour excitation psycho-motrice de type maniaque avec fuite des idées, fausses reconnaissances, chants, bien que l'euphorie soit relativement peu marquée. Examen somatique négatif.

Mise d'emblée à 6 comprimés par jour de Largactil, puis 8 et finalement 10 dès le 26 novembre; on note ce jour-là : « Va déjà beaucoup mieux en restant un peu agitée, ne chante presque plus. L'excitation cérébrale semble en régression nette », et, le 3 décembre, la malade se comporte normalement. Plus de troubles psychiques à l'interrogatoire, aussi la laisse-t-on sortir devant l'insistance de sa famille (bien qu'on eût préféré la garder quelques jours de plus dans le service) et avec, bien entendu, un traitement d'entretien (4 comprimés *pro die* pendant un mois, puis 2 pendant un mois encore au moins).

N° 14. — Mme C...

Femme de 44 ans, entrée dans le service le 24 septembre 1953.

Elle y avait fait un premier séjour en 1950 pour un accès mélancolique guéri par cinq électro-chocs.

Nouvel accès auxieux d'apparition récente et motivant son entrée.

Pas d'idées délirantes. Traitement au Largactil (6 à 8 comprimés par jour).

Le 10 octobre 1953 est un peu moins anxieuse, mais reste déprimée, et le 18 octobre, devant la lenteur de l'amélioration, on décide d'entreprendre une série d'électro-chocs et d'arrêter le Largactil.

Le 20 novembre, il est noté : « Après huit électro-chocs, amélioration peu sensible et en tout cas pas supérieure à celle obtenue par la chimiothérapie. Est peu anxieuse mais reste déprimée. »

On entreprend alors un traitement par le Thi-Lip.

La malade sort prématurément le 10 décembre, certainement améliorée, mais encore un peu anxieuse et déprimée, si bien que se pose la question d'une mélancolie d'involution, question à laquelle seule l'évolution permettra de répondre.

N° 15. — Mlle P...

Femme de 68 ans, hypertendue depuis plusieurs années, n'ayant jamais eu d'accès mélancolique dans sa jeunesse et n'appartenant pas à une famille de périodiques, si bien qu'il est logique de redouter le diagnostic de mélancolie d'involution liée à une artériosclérose cérébrale.

Les premiers troubles psychiques remontent à 1951, déclenchés peut-être par la nouvelle du suicide d'une amie. En février 1952, devient nettement anxieuse et même délirante (auto-accusation de faits réels démesurément grossis) et doit être hospitalisée pour sismothérapie. Semble guérie après huit électro-chocs, mais il persiste en réalité une petite note dépressive et surtout une insomnie rebelle.

Nouvelle aggravation en juin 1953, anxiété, insomnie, agitation diurne et inactivité totale. Pas d'idées délirantes. Hypertension solitaire à 18/12. On conseille Largactil (2 comprimés) et supponeryl, traitement qui s'avère insuffisant et la malade doit être hospitalisée. On augmente alors les doses de Largactil (8 comprimés par jour) et la sortie peut être autorisée après un séjour de quelques semaines. Mais une rechute ne tarde pas à se produire et la malade entre de nouveau dans le service le 8 octobre (à noter qu'elle n'avait pas observé le traitement d'entretien conseillé).

Cependant, cette fois, la chimiothérapie ne parvient pas à calmer l'agitation nocturne, aussi, en dépit de l'hypertension artérielle (24/12) décide-t-on une série d'électro-narcoses, tout en continuant le Largactil aux mêmes doses (8 comprimés par jour). Le 23 novembre, après quatre séances d'électro-narcose, la malade est plus calme, mais la sismothérapie devient de plus en plus mal supportée (cyanose, confusion) et on doit interrompre ce traitement.

Actuellement (24 décembre 1953) la malade est toujours dans le service et le diagnostic, de plus en plus certain de mélancolie d'involution, explique l'échec des thérapeutiques appliquées.

N° 16. — M. R..., 25 ans.

Rien à signaler dans les antécédents autre que l'internement d'une grand'tante paternelle décédée en asile.

A fait trois séjours antérieurs dans le service, respectivement en mars 1945, novembre 1950 et août 1952, chaque fois pour accès mélancolique débutant par une période d'insomnie et dont la cause déclenchante a pu être relevée deux fois (maladie de sa mère).

Ces trois accès typiques ont été traités avec succès par électro-chocs et le malade est resté parfaitement normal dans l'intervalle, faisant preuve seulement d'une timidité un peu grande, l'examen somatique a toujours été négatif.

Marié en février 1953, a un enfant normal.

Entré de nouveau dans le service le 16 novembre 1953, il ne se plaignait que d'insomnies rebelles durant depuis un changement récent d'emploi.

Ne se présentait donc pas cette fois comme un mélancolique, mais l'expérience des accès antérieurs nous avait montré qu'après quelques jours d'insomnie l'accès mélancolique éclatait brusquement.

Aussi, dans l'espoir d'éviter cette fois la sismothérapie, met-on le malade au Largactil aux doses de 4 puis rapidement 6, 8 et 10 comprimés par jour, et le 27 novembre (alors qu'il est depuis trois jours à 10 comprimés *pro die*) le malade paraît brusquement détendu et reconnaît qu'il a bien dormi.

Sort le 3 décembre, devant continuer le Largactil à doses lentement dégressives.

N° 17. — Mme Q..., 52 ans.

Premier séjour dans le service en mai 1951.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux et personnels.

A la suite de soucis familiaux (santé de sa fille) apparition de céphalées, palpitations et surtout d'idées noires avec désir de la mort.

Examen négatif à part un gros foie débordant d'un travers de doigt.

Au cours de ce premier séjour, l'attention est attirée sur un syndrome clinique vésiculaire et, sur le conseil du Docteur MULLER B., la malade est opérée le 12 juin 1951 (Docteurs MELEY et CHATILLON), vésicule d'apparence normale, extraction par une petite incision, de quatre calculs, exploration peropératoire du cholédoque, négative. Fermeture.

Examen direct et culture de la bile : pas de microbes.

Suites opératoires simples, la malade quitte le service de chirurgie psychiquement améliorée et sensiblement normale.

Deuxième séjour le 15 septembre 1953, pour rechute, depuis un mois et demi, avec aggravation progressive de l'état dépressif sans cause déclenchante apparente. De nouveau insomnies, idées noires avec tentative récente de suicide. Extériorisation d'idées délirantes.

Mise d'emblée à 5 comprimés de Largactil par jour, on constate une amélioration progressive avec disparition de l'anxiété, des idées noires et des idées délirantes. Sort le 8 octobre 1953, paraissant guérie.

La malade devait prendre chez elle 3 comprimés de Largactil.

Nouveau séjour le 10 décembre 1953.

La malade a bien pris ses comprimés pendant un mois puis, « sur le conseil d'une voisine », a cessé tout traitement.

Entre dans le service pour petit état dépressif durant depuis une quinzaine de jours, mais beaucoup moins intense qu'à son précédent séjour et sans idées délirantes. Remise à 5 comprimés par jour de Largactil, qui améliore de nouveau rapidement son état (20 décembre 1953) et permet d'envisager une sortie très prochaine.

N° 18. — M. Y...

Homme de 30 ans, petit éthylique ayant fait deux courts accès dépressifs antérieurs avec une tentative d'autodestruction et entre lesquels il est resté déprimé.

Entre dans le service le 17 septembre 1953 pour aggravation de cet état dépressif. Il est insomniaque, anxieux et finit par avouer les troubles de la conscience morale qui sont manifestement à l'origine de son état. Pas d'idées délirantes, mais désir de la mort assez nettement extériorisé.

S'améliore progressivement grâce à des doses modérées de Largactil (4 comprimés par jour) et devient accessible à la psychothérapie. Sort apparemment guéri après trois semaines d'hôpital et ayant retrouvé un sommeil normal.

N° 19. — Mme D...

Jeune femme de 22 ans, petite déséquilibrée psychique et névropathe, ayant fait deux ans auparavant une première tentative de suicide et entrant dans le service le 24 septembre 1953, trois jours après une nouvelle tentative d'autodestruction (absorption de doses modérées de barbituriques).

Depuis un mois elle était très déprimée, insomniaque, et songeait à se détruire. Non délirante à l'entrée, mais nettement anxieuse, elle s'améliore très vite avec une dose quotidienne minime de Largactil (3 comprimés de 25 mgs).

Un électroencéphalogramme pratiqué le 25 septembre est normal (Docteur Rouvès) et la malade sort, très améliorée, le 24 novembre 1953, devant continuer à prendre du Largactil pendant un mois.

N° 20. — Mme B..., 35 ans.

Entrée dans le service le 11 mai 1953.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux.

Personnellement a eu déjà une petite période dépressive, en 1939, à l'occasion du décès de son père.

Mariée en 1949, après de très longues hésitations, a subi une césarienne en 1950 et depuis, son comportement n'aurait jamais été strictement normal aux dires de son mari, au point même qu'elle ne s'est jamais occupée de son deuxième enfant, âgé de 7 mois.

A l'entrée, petit état dépressif avec perte de confiance en soi, hyperémotivité, idées noires et même persistance d'un certain dégoût de la vie (a tenté de se jeter par une fenêtre cinq jours avant son hospitalisation). Anxiété modérée.

Examen somatique négatif à part une nette hypertrophie thyroïdienne avec exophtalmie et tachycardie à 120, mais métabolisme basal à + 2 % seulement.

On élimine malgré tout l'hypothèse de l'origine thyroïdienne de l'accès actuel et on fait le diagnostic d'accès dépressif anxieux chez une petite périodique.

Le 18 mai 1953 on institue un traitement au Largactil :

— 4 comprimés par jour,

— puis 6 comprimés par jour jusqu'à la sortie.

Dès le 22 mai on note une diminution de l'anxiété, et le 2 juin la malade a le souci normal de ses enfants et s'occupe dans le service, qu'elle quitte le 20 juin, apparemment guérie.

Nous venons d'apprendre (16 décembre 1953) par l'intermédiaire de son mari, que la malade n'a pas continué le Largactil à sa sortie de l'hôpital et qu'elle a, sans cause apparente, brusquement rechuté fin juillet, avec tentative de suicide (défenestration) ayant entraîné une hospitalisation en chirurgie pour fracture ouverte de l'avant-bras.

Rentrée chez elle, elle serait maintenant normale, aux dires de son mari !

N° 21. — Mme R..., 53 ans.

Entrée, pour la quatrième fois, dans le service le 10 octobre 1953, elle fait, d'après son mari, un ou deux petits accès dépressifs annuels soignés à domicile pour la plupart.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux.

Premier accès dépressif grave en 1922, internée quatre mois à Clermont, en est sortie apparemment guérie et s'est mariée. Cinq enfants en bonne santé.

Premier séjour dans le service du 29 mai au 13 août 1943, pour état dépressif, durant depuis quatre mois et apparemment non motivé.

Examen somatif négatif.

Deuxième séjour : en janvier 1944, à la suite d'ennuis familiaux. Se présentant alors comme une maniaco-dépressive, elle doit être hospitalisée de nouveau en mai 1944 et internée après être restée deux mois seulement chez elle.

Quatrième séjour : l'interrogatoire d'une fille de la malade apprend que son mari est décédé accidentellement il y a deux mois et que, depuis, elle est insomniaque, extériorise des idées délirantes avec hallucinations auditives et visuelles probables, craint qu'on l'étouffe la nuit.

C'est la première fois qu'un accès revêt une telle intensité et surtout que sont notées des idées délirantes.

Un peu agitée à l'entrée, se présente plus comme une hypomaniaque que comme une déprimée.

Traitée au Largactil seul : 4 comprimés par jour, quatre jours, puis 6 comprimés *pro die*, elle peut sortir le 12 novembre dans un état psychique apparemment normal et devra suivre un traitement d'entretien à domicile.

Le Largactil a eu ici le mérite d'enrayer rapidement un accès de type hypomaniaque avec idées délirantes et qui durerait depuis deux mois sans montrer la moindre tendance spontanée à la guérison.

N° 22. — Mme C..., 56 ans.

A signaler une tante débile dans les antécédents familiaux de la malade.

Premier séjour en février 1950 pour accès dépressif anxieux avec idées délirantes et plusieurs tentatives de suicide.

L'interrogatoire faisait ressortir des troubles nets de la conscience morale. Cet accès avait résisté à une première série d'électro-chocs, mais céda à la seconde.

Le 23 octobre 1953, la malade entra de nouveau dans le service avec un tableau clinique identique à celui du premier séjour, accusant les mêmes troubles de la conscience morale (petits vols, tentative d'avortement) et extériorisant les mêmes idées délirantes.

L'examen somatique ne révélait qu'une hypertension artérielle à 23/13.

Un électro-choc pratiqué le lendemain de l'entrée ayant été très mal supporté (syncope blanche avec apnée et disparition du pouls) accident vraisemblablement imputable à l'hypertension artérielle, on décide d'abandonner la sismothérapie et de mettre la malade au Largactil à doses progressivement croissantes (2, 3, 6 puis 8 comprimés *pro die*).

Le 10 novembre 1953, la malade va brusquement mieux (quinze jours après le début du traitement pharmacologique). Elle n'a plus d'idées délirantes et s'autocritique.

Sortie autorisée le 19 novembre, la malade paraissant guérie de son accès et devant poursuivre chez elle un traitement d'entretien à doses dégressives.

N° 23. — Mme M..., 30 ans.

Entrée dans le service le 6 novembre 1953.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux et personnels, dernier accouchement (normal) le 25 octobre 1953.

Malade anxieuse, déprimée et extériorisant des idées délirantes (se croit à la morgue où son mari l'aurait fait entrer).

A l'examen : phlébite du membre inférieur gauche.

Examen négatif par ailleurs.

Institution dès l'entrée d'un double traitement : anticoagulant (tromexane) et antibiotique d'une part, Largactil (4 comprimés par jour) d'autre part.

10 novembre 1953 : la P.L. ramène un L.C.R. clair, dont les examens chimiques et cytologiques sont normaux, pression, 10 cm., Queckenstedt libre.

Et deux jours plus tard, il est noté : guérison spectaculaire de la phlébite d'une part, de la psychose d'autre part.

Malgré cette amélioration simultanée, le diagnostic de phlébite cérébrale, naturellement évoqué, paraît devoir être éliminé en raison de l'absence de toute crise convulsive, de l'absence de signes méningés et neurologiques et du L.C.R. normal.

En somme, bouffées délirantes et anxieuses supprimées par le Largactil.

Un électro-encéphalogramme pratiqué le 28 octobre 1953 confirme cette façon de voir en concluant (Docteur Rouvès) à un tracé sensiblement normal.

La malade sort apparemment guérie le 29 octobre, mais une

rechute se produit presque aussitôt, nécessitant une seconde hospitalisation le 7 novembre 1953.

On apprend alors que la malade n'a pas suivi chez elle le traitement d'entretien ordonné et d'ailleurs la reprise de 4 comprimés *pro die* de Largacil amène aussitôt la guérison de cette rechute et la malade ressort le 19 novembre psychologiquement normale et bien décidée cette fois à poursuivre son traitement.

N° 24. — Mme G..., 26 ans.

Entrée dans le service le 27 février 1953.

A signaler dans les antécédents familiaux un oncle décédé en asile.

Rien à signaler dans les antécédents personnels. Dernier accouchement (normal) le 20 février 1953.

Excitation psycho-motrice très importante à l'entrée.

Examen somatif négatif.

On attaque d'emblée à 8 comprimés de Largacil par jour, dose que l'on diminuera à 6 dès le quatrième jour, étant donnée la disparition remarquable de l'agitation.

Le 3 mars 1953, un examen gynécologique peut être pratiqué par le Docteur MICHELLAND, mais ne révèle rien d'anormal dans ce domaine, une P.L. pratiquée le même jour ramène un L.C.R. clair dont les examens chimiques et cytologiques sont normaux, pression 12 cm., Queckenstedt libre.

Le 9 mars, la malade est calme, à peine désorientée, s'inquiétant seulement du sort de ses enfants, préoccupation évidemment normale, mais le 19 mars, alors que depuis deux jours on ne donnait plus que deux comprimés de Largacil par jour (la malade ayant pris trois jours 8 comprimés, neuf jours 6 comprimés, quatre jours 4 comprimés, deux jours 2 comprimés) il se manifeste une rechute indiscutable avec anxiété et hallucinations.

Malgré l'augmentatoin de la dose de Largacil à 4, puis 6 comprimés *pro die*, il n'y a pas d'amélioration sensible et, le 24 mars, on fait appel à la sismothérapie (électro-narcoses) en arrêtant le 4560 R.P.

La malade sort le 16 avril, apparemment très améliorée, après neuf séances d'électro-narcose, mais on a l'impression d'un fond psychique instable.

Cette impression ne tarde pas à être confirmée par un deuxième séjour le 26 avril 1953, motivé par une rechute s'étant produite, d'après le mari de la malade, dès 48 heures après la sortie du service.

Agitation psycho-motrice analogue à celle du premier séjour, avec halucinations visuelles et auditives.

On redonne alors du Largactil à raison de 6, puis 8 et enfin 10 comprimés par jour (dose atteinte le 13 mai seulement, soit le dix-septième jour après la reprise du traitement).

Le 22 mai, la malade va beaucoup mieux, s'autocritique et s'occupe dans le service.

Elle est malheureusement emmenée avec décharge le 26 mai 1953, bien trop tôt évidemment, et alors que la guérison semblait se confirmer.

N° 25. — Mme S..., 75 ans.

Entrée le 12 mai 1953 dans le service, avec le diagnostic de démence sénile et pour agitations, bris de meubles, paroles incohérentes, tentatives de fuite.

Le diagnostic est, en effet, évident avec, en outre, légère agressivité.

Examen somatif négatif.

T.A. : 16/9.

On met la malade à 2, puis 4 comprimés de Largactil par jour et, quarante-heures plus tard, on peut noter : « La malade est maintenant calme et docile au point qu'elle pourrait être reprise par sa famille. » Pour des raisons d'ordre social elle est néanmoins internée au Puy le 8 juin.

Jusqu'à sa sortie du service, traitement et résultats ont été maintenus.

N° 26. — Mlle M..., 66 ans.

Entrée le 26 janvier 1953 dans le service.

Agitation modérée. Il s'agit d'une démente sénile, palilali-que, répétant de façon presque ininterrompue les mots : « Faire cela, faire cela ».

Examen somatif négatif, à part un foie débordant d'un travers de doigt les fausses-côtes droites.

Le Largactil à la dose de 4 comprimés par jour calme la malade qui reste incapable de s'exprimer, mais ne répète plus sans cesse les deux mêmes mots, ce qui est un soulagement certain pour elle et pour son entourage.

Internée au Puy.

INDICATIONS DE LA MEDICATION EN NEURO-PSYCHIATRIE COURANTE

Les propriétés pharmacologiques du Largactil les rendent multiples et nous en envisageons l'étude surtout à la lumière de notre expérience personnelle.

Psychoses graves

Dans les psychoses graves et incurables le 4560 R.P. ne semble avoir qu'une action symptomatique en calmant l'agitation souvent importante de ces malades, en combattant efficacement une insomnie rebelle aux autres thérapeutiques et, en diminuant de façon appréciable l'anxiété de certains déments, de certains schizophrènes.

Nos essais ont été nombreux et la plupart du temps satisfaisants (observations n^{os} 25 et 26 prises parmi bien d'autres semblables) à tel point que nous avons pris l'habitude d'utiliser le Largactil de préférence au phénergan et même au gardénal. Nos grands agités (séniles en particulier) se sont généralement calmés de façon appréciable et pour le plus grand bien du fonctionnement général du Service. Le traitement, à doses d'ailleurs aussi faibles que possible, doit être continué mais, répétons-le, n'est évidemment là que symptomatique, ceci n'empêche pas qu'il ne puisse, dans certains cas, éviter l'internement (observation n^o 25).

Psychoses aiguës

Plus intéressant, puisque véritablement curatif, apparaît le traitement de nombre de psychoses aiguës.

1° Dans le *delirium tremens*, des cas très favorables ont été rapportés, tel celui de PERRET, BECKER et LACOSTE, dans la *Vie Médicale* de mai 1953 concernant un malade qui, après avoir résisté trois jours aux thérapeutiques classiques, guérit spectaculairement après 3 injections de Largactil.

Reconnaissons pourtant que notre expérience est nulle dans ce domaine et ce, en dépit de notre place de choix pour le recrutement de tels malades. La raison ? elle est simple, d'une part, la vitaminothérapie à très hautes doses, associée au curéthyl intra-veineux nous a toujours donné une telle satisfaction que nous n'avons pas éprouvé le besoin de faire l'essai d'un autre traitement ; d'autre part, si le Largactil, même intra-veineux, apparaît sans danger dans le délirium par privation, il ne semble pas qu'il en soit de même en cas d'imprégnation éthylique aiguë.

2° En ce qui concerne l'accès confusionnel essentiel, c'est-à-dire non symptomatique, d'une tumeur cérébrale par exemple, J. DELAY estime qu'il constitue une des principales indications du produit mais nous n'avons pas eu jusqu'ici l'occasion de vérifier cette assertion.

3° Les *psychoses puerpérales* semblent aussi bénéficier du traitement bien que notre expérience soit assez réduite en la matière : deux observations (n°s 23 et 24) seulement dont un succès total et un partiel. Dans le premier cas, anxiété et idées délirantes disparaissent en moins d'une semaine et s'il y a eu une très courte rechute, elle n'est peut-être imputable qu'à l'arrêt brusque et prématuré de la médication. Le second cas est moins probant puisque, en dépit d'une amélioration transitoire, le Largactil s'est avéré impuissant à éviter une réaggravation. Cependant, la sismothérapie ne s'étant pas montrée d'une efficacité

supérieure, c'est la Chlorpromazine qui permet d'obtenir un résultat final assez satisfaisant.

Notons que dans aucun de ces deux cas ne fut pratiqué de curetage utérin.

4° Pour l'accès mélancolique, SIGWALD et BOUTTIER ont conclu à une action assez favorable du Largactil mais n'ont eu affaire qu'à des cas n'ayant pas imposé l'hospitalisation. « Dans les cas heureux, écrivent-ils, l'humeur est rapidement modifiée, la tristesse et la dépression s'effacent et font place à un certain degré d'euphorie ». Ils ont même observé un cas particulièrement intéressant puisque, sous l'effet du traitement, une hypomanie succéda à la mélancolie. On ne peut s'empêcher de rapprocher ce cas de ceux analogues d'excitation hypomaniaque observée après électro-chocs pour mélancolie. Cette possible inversion de l'état thymique par l'un comme par l'autre traitement renforce l'hypothèse d'une action diencéphalique du Largactil. Notre expérience personnelle est assez modeste ici encore et se résume à quatre observations.

Malheureusement deux d'entre elles (n^{os} 14 et 15) concernent des mélancolies d'involution (diagnostic certain au moins pour le n^o 15) et présentent seulement l'intérêt de prouver que, dans ces cas, sismothérapie et chimiothérapie valent au moins autant l'une que l'autre, et donc, qu'à résultat comparable, il est certainement préférable de recourir d'abord à la Chlorpromazine moins dangereuse et de n'entreprendre électro-chocs ou narcoses qu'après échec confirmé de la chimiothérapie.

L'observation n^o 16 concerne un homme périodique dont les accès mélancoliques antérieures avaient dû être traités, avec succès d'ailleurs, par électro-chocs, et pour lequel un traitement au Largactil institué au seuil même d'un nouvel accès mélancolique, évita celui-ci et rétablit l'équilibre thymique.

Enfin, dans notre observation n^o 17, le Largactil a avantageusement pris la place des électro-chocs qui, sans lui, auraient dû être entrepris. Ainsi l'intérêt de la Chlorpro-

mazine dans la mélancolie paraît indiscutable et elle est sans doute appelée à éviter la sismothérapie dans certains cas, mais nous ne pensons pas qu'elle puisse la remplacer toujours et estimons même que celle-ci lui reste supérieure dans ce cas particulier. Le proche avenir nous l'apprendra et permettra de préciser les indications respectives des deux thérapeutiques.

5° A côté de l'accès mélancolique franc nous pouvons envisager les *accès dépressifs anxieux* (observations n°s 18 à 22). Ces cinq malades ont été traités par le Largactil et nous avons obtenu 4 succès, n'ayant à déplorer qu'un échec (n° 20) chez une petite périodique qui a rechuté dès sa sortie de l'hôpital.

Sans doute, la sismothérapie était-elle déjà très efficace dans ces cas-là mais, à résultats comparables, la prise de quelques comprimés n'apparaît-elle pas plus séduisante que les électro-chocs ? C'est ainsi que la malade de l'observation n° 22 ayant très mal supporté un premier électro-choc (syncope) nous avons été heureux d'essayer le Largactil et de constater ensuite une guérison aussi rapide et aussi complète que nous étions en droit de l'espérer avec la sismothérapie.

La conclusion de ce paragraphe pourrait être la même que celle du chapitre précédent : intérêt certains de la Chlorpromazine chez les dépressifs anxieux, sans pour autant bannir les électro-chocs qui rendent et rendront encore de précieux services pour le traitement de ces malades. Notons aussi que l'efficacité du Largactil est nettement supérieure lorsqu'il s'agit d'un accès à tendance maniaco-dépressive (n° 21) que lorsque l'accès est purement dépressif, ce qui laisse prévoir l'action du produit sur l'accès maniaque, action que nous allons maintenant étudier.

6° *L'accès maniaque* revêt une symptomatologie caractéristique bien connue ; il s'agit en somme d'une hyperthymie expansive et euphorique avec excitation psychomotrice intense. Sans doute n'étions-nous pas désarmés en face d'un tel accès avant même l'apparition du Largactil

puisque les différentes thérapeutiques appliquées dans le Service permettaient environ 50 % de guérisons en 3 à 6 semaines. C'est ainsi, rappelons-le brièvement, que le carbonate de lithium en solution dans l'acide citrique calmait assez souvent ces malades mais cette médication introduite par JOHN CADE présentait le grave inconvénient de provoquer une intolérance digestive importante et très fréquente.

Intéressants aussi étaient les coramine-chocs (FADING) (les électro-chocs simples restant souvent inefficaces dans les manies aiguës) ou déclenchement d'un électro-choc immédiatement après l'injection intraveineuse rapide de 5 à 7 centimètres cubes de coramine. Thérapeutique qui, dans les cas favorables, entraînait la guérison de la manie après une ou deux séries de 6 séances. Malgré ces deux méthodes principales auxquelles nous adjoignons souvent, phénergan, bromures ou barbituriques suivant les cas, nous avons encore de nombreux échecs, ce qui nous a incités, dès janvier 1953, à utiliser dans les accès maniaques le Largactil seul et avant tout autre essai thérapeutique. Nous rapportons plus haut les treize observations (n^{os} 1 à 13) concernant les malades que nous avons ainsi traités.

Certaines de ces observations ont leurs particularités, c'est ainsi que, suivant la thèse chère à BARUK, on peut, dans l'observation n^o 2, discuter la responsabilité du colibacille dans le déclenchement de l'accès maniaque, que, dans l'observation n^o 10, se pose la question de cause à effet entre la manie et la méningite bacillaire terminale mais ces discussions, évidemment très intéressantes, sortent du cadre de notre sujet.

Si nous retenons les 9 cas d'accès maniaque typique et suivis complètement, nous constatons 7 fois une guérison rapide, 4 fois en 8 jours ou moins (n^{os} 5, 6, 8, 9), les 3 autres en 15 jours au plus (n^{os} 4, 11, 13). Restent 2 cas : le n^o 7 dont la guérison ne fut obtenue qu'après 20 jours de traitement et surtout le n^o 1 concernant cette jeune fille de 21 ans qui resta hospitalisée plus de 2 mois, mais

on peut expliquer ici la lenteur de l'amélioration par l'insuffisance de la posologie car il s'agissait de notre première malade ainsi traitée.

Nous avons observé 2 fois des rechutes : dans le cas n° 8 le traitement avait été court et la malade négligea de le continuer chez elle, réhospitalisée, la rechute céda facilement au traitement. Le deuxième cas est le n° 2 avec deux rechutes dont l'une en dépit du traitement d'entretien fidèlement observé pourtant, c'est ce cas dont il est fait mention plus haut et où manie et pyélonéphrite semblent ne pas être étrangères. Notons que la guérison fut finalement obtenue là aussi.

Le seul échec apparent serait donc celui du n° 12 mais la famille impatiente reprit sa malade trop tôt et aucune conclusion ferme ne saurait être tirée, à notre avis, de cette observation (13 jours de traitement).

En somme, sur 13 cas, nous relevons :

8 succès entiers (n°s 1, 4, 5, 6, 7, 9, 11 et 13).

2 succès finaux en dépit de rechutes (une en cours même de traitement) (n°s 2 et 8).

1 succès non confirmé par suite de la sortie prématurée de la malade (n° 3).

1 échec relatif (n° 12).

1 exitus (méningite bacillaire n° 10).

La question de la posologie est maintenant bien fixée et nous en avons parlé dans un chapitre précédent. Rappelons seulement que les doses doivent être fortes pour être efficaces, la posologie maxima atteinte étant, en général, de 8 à 10 comprimés de 25 mgs par jour. Dans un cas (n° 4) il a été nécessaire d'atteindre 12 comprimés *pro die* soit 300 mgs, tandis que 4 comprimés quotidiens ont été très longs, nous l'avons déjà noté, à assurer la guérison de la malade n° 1.

Restent deux questions plus intéressantes, ce sont, d'une part, celle du résultat comparé du Largactil et des deux

autres thérapeutiques principales (électro-chocs coramine, carbonate de lithium) chez les périodiques et, d'autre part, celle du devenir de nos malades traités.

En ce qui concerne la première question, nous relevons 9 périodiques parmi nos 13 observations, malheureusement ces 9 cas ne sont encore pas tous utilisables pour la dite comparaison et ce, en raison surtout du manque de précisions sur les traitements antérieurs pratiqués parfois ailleurs que dans le Service (n^{os} 3, 12).

De plus, c'est le traitement de l'accès maniaque qui, seul, nous intéresse ici alors que nombre de guérisons antérieures se rapportent à d'autres types d'accès (dépressifs, mélancoliques) et n'entrent pas dans le cadre de cet exposé. Néanmoins, l'examen des trop rares cas pouvant être retenus fait ressortir :

— l'échec indiscutable, avec internement consécutif, des électro-chocs coramine d'une part, du carbonate de lithium d'autre part, dans un même cas contre le succès complet en 15 jours du Largactil (observation n^o 4), échec aussi des mêmes traitements et succès encore de la Chlorpromazine, au cours du séjour unique de la malade n^o 1 qui est la seule ayant subi les trois médications de suite car, d'une part, nous n'employions pas encore le Largactil lors de son entrée dans le service et, d'autre part, les résultats plus ou moins rapides mais toujours bons qu'il nous a donnés par la suite nous ont dispensés d'entreprendre d'autres traitements chez nos maniaques.

Résultat sensiblement égal des trois thérapeutiques chez deux malades (n^{os} 7 et 11) avec cependant avantage, pour le 4560 R.P., d'une guérison plus rapide (15 jours au lieu d'un mois) et d'une tolérance parfaite, alors qu'il avait été constaté chez ces mêmes malades des troubles digestifs par carbonate de lithium et de la confusion transitoire (10 jours) par électro-chocs.

Il est impossible enfin de ne pas noter l'absence « théorique » d'internement sur nos 13 cas d'accès maniaque traités par le Largactil si l'on veut bien observer que le séjour en asile, d'ailleurs très court, de la malade n^o 4

n'a été dû qu'à la crainte exagérée d'une rechute qui ne s'est pas produite et que celui de la malade n° 7 n'était pas motivé par l'accès maniaque lui-même, mais par le risque certain d'un accès ultérieur chez une grande périodique, alors qu'avant cette médication l'internement était encore loin d'être exceptionnel, du moins pour les cas observés dans le service. Cela ne veut pas dire que la Chlorpromazine ait supprimé le risque de l'asile pour le maniaque, mais tend à prouver qu'elle l'a diminué encore.

Quant au devenir de nos malades ainsi traités, nous nous croyons autorisés à affirmer qu'il ne s'est pas produit de rechutes car, à de rares exceptions près, il s'agissait de clientes d'hôpital peu aisées, et dont les familles ne pouvaient faire les frais d'une maison de santé, pas plus qu'elles ne pouvaient garder à domicile une malade de nouveau agitée. En outre, une enquête toute récente nous permet de préciser que trois au moins de ces malades sont en parfaite santé et mènent une vie normale. Ce sont les malades n° 1, n'ayant cessé tout traitement que 5 mois après sa sortie de l'hôpital, n° 2 qui garde après 6 mois un petit traitement d'entretien et n° 5 qui, elle, au contraire, n'a jamais pris de Largactil depuis sa sortie du service.

Nos conclusions sur ce chapitre seraient donc comparables à celles de la plupart des auteurs et notamment à celles de J. DELAY qui, sur 7 cas d'accès maniaque, obtient :

4 guérisons en 11 à 23 jours ;

2 guérisons avec rechute en cours de traitement ;

1 échec ;

comparables aussi à celles de P. CHASSAGNON et P. CHARROT (15 résultats sur 18 cas) et de P. COSSA, H. BOUGEANT et A. LOMBARD qui, sur 6 malades, ont obtenu 6 succès en 20 jours environ.

Nous ajouterons qu'à notre avis la Chlorpromazine apporte dans la manie aiguë franche des résultats bien supérieurs à ceux obtenus par les autres moyens thérapeutiques, et ce, sans faire courir de risques notables au malade.

Il n'est pas impossible en outre que cette chimiothérapie ait parfois un rôle abortif dans certains accès périodiques !

Remarquons simplement que, si dans le cas du malade n° 16 on a bien l'impression que le Largactil ait empêché l'accès mélancolique franc de se déclarer et ait ainsi évité au patient une nouvelle série d'électrochocs, dans l'observation n° 11, par contre, le même traitement conseillé avant l'hospitalisation s'est avéré impuissant à éviter celle-ci en plein accès maniaque. Il est bien évident qu'on ne peut tirer de ces deux seuls cas, de résultat d'ailleurs opposé, de conclusion valable mais, puisqu'un succès s'est fait jour, il n'est pas interdit de penser qu'il puisse y en avoir d'autres dans l'avenir !

★★

Bien que les « *petits mentaux* » observés de façon si fréquente en clientèle ne soient pas, précisément, des malades hospitalisés dans un service de neuro-psychiatrie, la pratique des consultations hospitalières nous a permis néanmoins d'en observer un certain nombre que nous avons traités par de petites doses de largactil et avec des résultats assez variables, bons en général chez les insomniaques rebelles aux autres traitements, médiocres par contre et parfois nuls chez les obsédés, hypocondriaques, la drogue nous a paru surtout intéressante chez les petits dépressifs anxieux réduits parfois à une inactivité décevante, plus ou moins candidats au suicide et qui, grâce à ce traitement, ramènent à de justes proportions les préoccupations jugées insurmontables auparavant et peuvent retrouver une activité normale. Aussi, bien qu'un peu moins optimistes que les leurs, nos conclusions se rapprocheront-elles de celles de Sigwald et Bouttier qui estiment à 65 % des cas les succès plus ou moins complets obtenus par le largactil chez les psychasthéniques, petits dépressifs, qu'il est habituel de réunir sous le vocable de « *petits mentaux* » et que nous n'avons pas voulu passer complètement sous silence car la Chlorpromazine pensons-nous, peut rendre à leur sujet de réels services.

CONCLUSIONS

1° L'introduction de la Chlorpromazine en thérapeutique neuro-psychiatrique est d'un réel intérêt et son champ d'action paraît très étendu.

2° L'indication majeure de cette chimiothérapie est l'accès maniaque (depuis son utilisation systématique dans le service nous n'avons plus dû faire appel à la sismothérapie pour traiter nos maniaques).

3° Son efficacité est plus inconstante dans le traitement de la mélancolie, des états dépressifs anxieux et dans celui des petits mentaux, mais cette thérapeutique n'est pas dénuée d'intérêt dans ces cas.

4° Le résultat en est purement symptomatique dans les démences et psychoses graves avec agitation.

5° Il faut souligner la nécessité, parfois, de doses d'attaque fortes (150 à 200 mmgs) et d'un traitement d'entretien prolongé, lentement dégressif.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

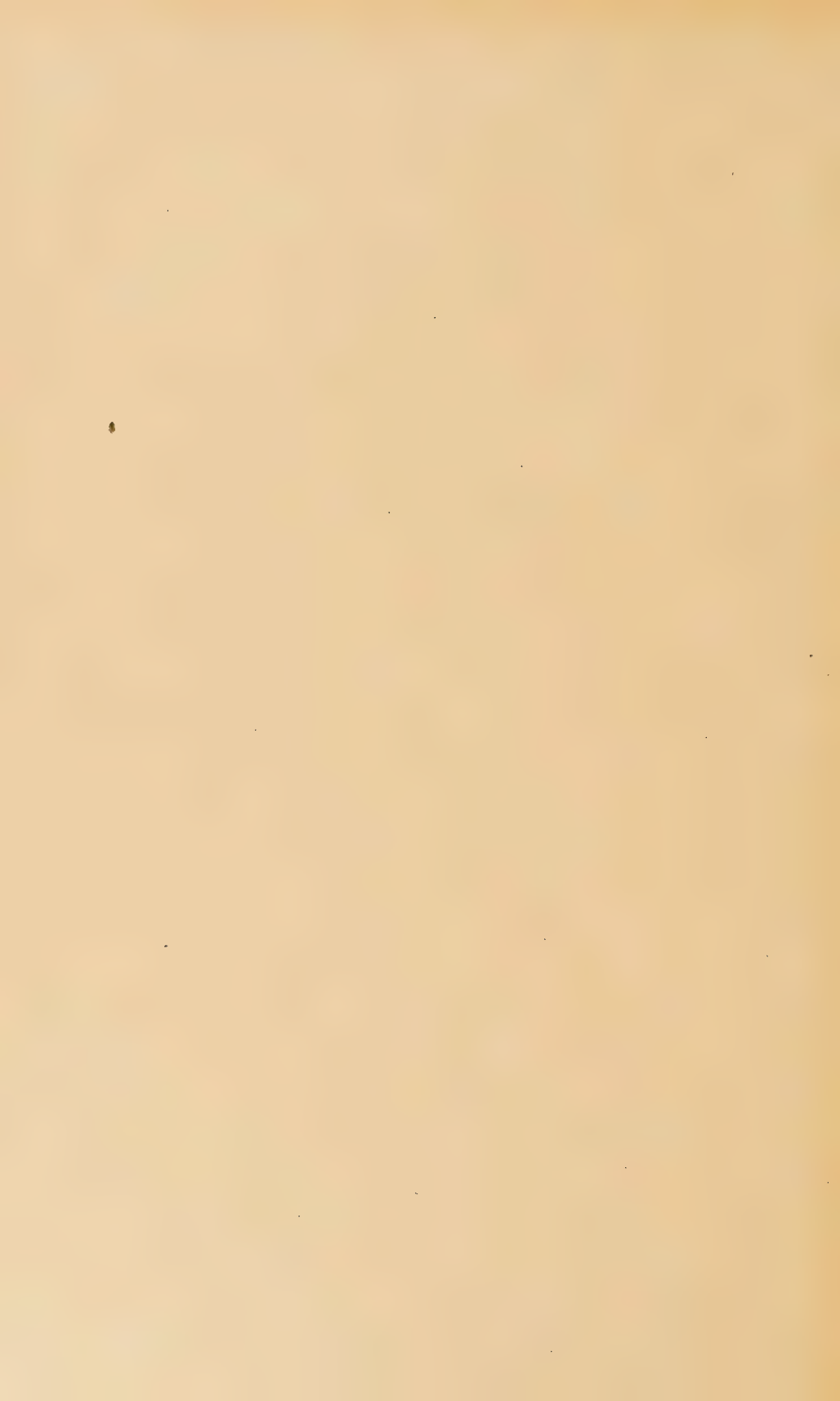
Vu :

Le Président de la Thèse,
DECHAUME.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Février 1954

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.



BIBLIOGRAPHIE

- ABELY P., ABDONCHELLI, FOURMENT SCHMITZ, DELTEIL. — Suite aux essais thérapeutiques de rééquilibration instinctivo-affective : essai de traitement par le bromure tétraéthyl d'ammonium en comparaison avec le 4560 R.P. et le 9295 C. *Soc. Déd. Psych.* du 23 juin 1952. *Ann. Méd. Psych.*, juillet 1952, p. 262.
- ANGEL J. M. — La thérapeutique par le sommeil (Masson, édit., Paris, 1953).
- ARNOLD O. H., HIFT St. et SOLMS W. — Ueber die Anwendung eines zentral vegetativen Hemmungstoffes in der psychiatrischen Therapie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, n° 48, 1952.
- Emploi du Largactil en psychiatrie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 31, 1953, p. 563.
- AZOURI Ed. — Traitement des états d'excitation et d'agitation par une phénothiazine d'action centrale élective. *Journées Méd. Fac. Franç. de Méd. de Beyrouth*, 13-16 novembre 1952.
- BASTIÉ J. et FERNANDEZ A. — La cure de sommeil de long cours en psychiatrie. *Presse Médicale*, 6 mai 1953.
- BEN SOUSSAN P. A. et KLEIN F. — Sur quelques incidents de la cure de sommeil au chlorhydrate de chloro-3 (diméthylamino-3' propyl(-10 phénothiazine. *Annales Médico-Psychologiques*, t. I, n° 4, avril 1953.
- BERGOUIGNAN M. — Le Largactil en thérapeutique psychiatrique. *Presse Médicale*, n° 55, 29 août 1953.
- BERTHIER Ch. et BOYER R. — Organisation d'un bloc de sommeil dans un service psychiatrique ; utilisation de l'amytal sodique (Eunoctal) potentialisé par le 4560 R.P. Réunion Psych. de Strasbourg-Nancy, 15 novembre 1952, *C.R. in Annales Médico-Psychologiques*, t. I, n° 1, janvier 1953.
- BROUSSOLLE P. et HAMONEAU G. — Traitement prolongé à la chlorpromazine. *Lyon Méd.* 20 déc. 1953.
- CAMPAN L. et PARENT R. — Hibernation pour un coma prolongé grave compliquant une cure de Sakel. *Anesthésie et Analgésie*, t. X, n° 1, février 1953.

- CATHALA H.-P. et POCIDALO. — Sur les effets de l'injection dans les ventricules cérébraux du 4560 R.P. *Soc. de Biol.*, 22 nov. 1952.
- CAZZULO C.L. — Applicazione di alcuni ganglioplégici in neuropsichiatria. *Minerva Medica*, vol. II, n° 59-60, juillet 1953.
- CHATAGNON P. et CHANOIT P. — Psychoplégie transitoire. Résultat clinique observé dans les états d'excitation psycho-motrice à la suite de l'action d'un dérivé de la phénothiazine. *Soc. Médico-Psychologique*, séance du 23 février 1953.
- CHAUCHARD B. et CHAUCHARD P. — Les effets de quelques ganglioplégiques sur l'excitabilité nerveuse centrale et l'excitabilité viscérale. *C.R. Soc. Bio.*, t. 146, mai 1952, n° 9-10.
- Comparaison de l'action paralysante ortho et parasympathique de quelques ganglioplégiques. *C.R. Soc. Bio.* t. 146, avril 1952, n° 7-8.
- Suppression pharmacodynamique des métachronoses réflexes sympathiques. *C.R. Soc. Bio.*, t. 146, p. 1721
- COSSA P., BOUGEANT H. et LOMBARD A. — L'emploi des neurologiques en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques*, t. I, n° 5, mai 1953.
- DAVID M., BENDA Ph. et Mme KLEIN F. Traitement de l'état de mal épileptique par la chlorpromazine. *B. M. de Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 26 juin 1953.
- DECOURT Ph., BRUNAUD M., BRUNAUD S. — Etude expérimentale de la prétendue action ganglioplégique de la chlorpromazine (4560 R.P.). *Soc. Bio.* 17 oct. 1953 in P.M. 31 oct. 1953, p. 1410
- Action d'un narcobiotique (chlorprozamine) sur la température centrale des animaux homéothermes soumis à des températures supérieures, égales ou inférieures à leur température normale. *Soc. Bio.* 17 oct. 1953, in P.M. 31 oct. 1953, p. 1410.
- DELAY J. et DENIKER P. 38 cas de psychoses traités par la cure prolongée et continue de 4560 R.P. Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française, 1^{re} session, Luxembourg, 21-27 juillet 1952.
- Réactions biologiques observées au cours du traitement par le chlorhydrate de diméthylamino-propyl-N. chloro-phénothiazine (4560 R.P.). *Ibid.*

- Traitement des états d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernothérapie. *Annales Médico-Psychologiques*, t. II, n° 2, juillet 1952.
- Le traitement des psychoses par une méthode neurolytique dérivée de l'hibernothérapie. *Ibid.*
- DELAY J., DENIKER P. et HARL J.M. — Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective (4560 R.P.) *Annales Médico-Psychologiques*, t. II, n° 2, juillet 1952.
- DELAY J., DENIKER P., HARL J.M. et GRASSET A. — Traitement des états confusionnels par le chlorhydrate de diméthylamino-propyl-N-chlorophénothiazine. *Annales Médico-Psychologiques*, t. II, n° 3, octobre 1952.
- DELAY J., DENIKER P. et TARDIEU Y. Résultats de l'hibernothérapie dans trois affections psycho-somatiques. *Annales Médico-Psychologiques*, t. II, n° 2, juillet 1953.
- Hibernothérapie et cure de sommeil en thérapeutique psychiatrique et psycho-somatique. *Presse Médicale*, n° 58, 19 septembre 1953, p. 1166-67.
- DELAY J. et DENIKER P. — Les neuroplégiques en thérapeutique psychiatrique. *Thérapie*, t. VIII, n° 3, p. 347.
- DESCHAMPS A. — Hibernation artificielle en psychiatrie. *Presse Médicale*, n° 43, 21 juin 1952.
- DESCHAMPS A. et CADORET M. — Cures de sommeil prolongé en pratique médico-psychiatrique par la méthode dite d'hibernation. *Presse Médicale* n° 42, 17 juin 1953.
- EY H. et BÉRARD E. — Les nouvelles techniques de cure de sommeil dans la pratique psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique*, fasc. IV, octobre-décembre 1952.
- FLUGEL F. — Neue Klinische Beobachtungen zur Wirkung des Phénothiazinkörpers « Magaphen » auf psychische Krankheitsbilder. *Medizinische Klinik*, n° 29, 17 juillet 1953.
- GAMBS A. — Essai d'application de la Chlorpromazine en cures prolongées au traitement de diverses affections mentales. Thèse Lyon 1953-54, n° 76.
- GANRY C. M.J. — La cure de sommeil en psychiatrie. Thèse, Paris, 1953.
- GEREST F. et MAISONNEUVE G. — La chlorophénothiazine en pratique psychiatrique. *La Loire Méd.*, nov.-déc. 1953.
- Traitement de l'accès maniaque. *Lyon Méd.* 3 janvier 1954.
- GOLSE J. — Le traitement du délire aigu par l'hibernation. *Annales Médico-Psychologiques*, t. II, n° 5, déc. 1952.

- HAMON J., PARAIRE J. et VELLUZ. — Remarques sur l'action du 4560 R.P. sur l'agitation maniaque. *Annales Médico-Psychologiques*, t. I, n° 3, 1952.
- Etats anxieux et barbituriques potentialisés. *Annales Médico-Psychologiques*, t. II, n° 3, 1952.
- HEUYER, GIRAUD et GALIBERT. — Traitement de l'excitation psycho-motrice chez l'enfant par le 4560 R.P. *Soc. de Pédiatrie*, séance du 7 juillet 1953.
- IRMER, KOSS. — La narcose potentialisée. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n° 11, 1953.
- JANBON, BERTRAND, SALVAING, RIBSTEIN. — Les possibilités de thérapeutique neuroplégique dans les encéphalites des maladies infectieuses du jeune enfant. Essais de la chlorpromazine (4560 R.P.) *Soc. de Pédiatrie de Montpellier*, 8 mars 1953, in *Sem. des Hôp.*, Paris, 20 mai 1953, p. 1653.
- LABORIT H. Les déconnecteurs neuro-végétatifs et l'hibernation provoquée du point de vue pharmacodynamique, chirurgical et médical. *Revue de Pathologie générale et comparée* n° 644, Janvier 1953.
- LABORIT H. et HUGUENARD P. — Hibernation artificielle par moyens pharmacodynamiques et physiques. *Presse Méd.* n° 64, 13 oct. 1951.
- LAFON, DUC, VIDAL et MINVIELLE. — Utilisation du 4560 R.P. chez les épileptiques internés. *Soc. des Sciences Méd. de Montpellier*, 27 mars 1953.
- LAFON, PAGÈS P., LABAUGE R., TEMPLE J.P. et BOUDET Ch. — Effet du 4560 R.P. sur un syndrome psychiatrique accompagnant une polyarthrite aiguë. *Soc. des Sciences Méd. de Montpellier*, 13 mars 1953.
- LAFON R., PAGÈS P., LABAUGE R., TEMPLE J.-P. et BOUDET Ch. — Premiers résultats enregistrés au cours du traitement des états d'agitation aiguë par le 4560 R.P. *Soc. Sciences Méd. de Montpellier*, 13 mars 1953; in *Presse Méd.* 12 sept. 1953.
- LAUDE. — Die allgemeinnarkose bei therapeutischer stickstoffbeatmung. Journées des Neurologues et des Psychiatres de l'Allemagne du Nord et du Nord-Ouest, 26 avril 1953.
- LAVITRY, RISER, FOURNY et CAMPAN. — Myasthénie guérie par l'ablation d'un thymus non tumoral. Effets des potentialisateurs et de l'hibernation. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 21, 22, 23, 1953.
- LE GUILLANT. — La conduite de la cure de sommeil chez les malades mentaux. *La Raison*, n° 6, 1953

- MARCHAIS P. — Les nouveaux traitements en thérapeutique psychiatrique. *Gazette Médicale de France*, t. LIX, n° 23, 2^e numéro de décembre 1952.
- MARCK H. — La cure de sommeil. Thèse, Paris, 1953.
- MARESCHAL, Ben SOLTANE, SLIM AMAR ET NOBLET. — La cure de sommeil pour les maladies mentales à l'Hôpital de la Manouba. *Tunisie Médicale*, n° 4, avril 1953.
- MARONCELLI P. — Traitement des psychoses par une technique dérivée de l'hibernation artificielle. *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, 2^e trimestre 1953, fasc. II.
- MASSARI M. — Ansietà e blocco vegetativo. *Minerva Medica*, n° 59-60, 28 juillet 1953.
- MEYER H.H. — Die Winterschlafbehandlung in der psychiatrie und Neurologie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n° 33-34, 14 août 1953.
- NAYRAC P., GRAUX P., CARON J. et LESCUT G. — Premiers résultats de l'emploi d'un neuroplégique (4560 R.P.) en psychiatrie. *Soc. de Médecine du Nord*, 26 juin 1953.
- NAYRAC P., LAINE E., GRAUX P. et CARON J. — Manie traumatique. Hémorragie dans un 5^e ventricule accessoire. Guérison par le 4560 R.P. *Soc. de Médecine du Nord*, 26 juin 1953.
- PANSE Fr. — Der medikamentöse Winterschlaf (ohne Unterkühlung) in der psychiatrie. *Medizinische Klinik*, n° 36, 4 septembre 1953.
- PAUWELS R. — Les hibernothérapies en psychiatrie. Thèse, Paris, 1953.
- PEILLET E. — La thérapeutique par le sommeil dans la perspective pavlovienne. Thèse, Lyon, 1952.
- PERRET A., BECKER J. et LACOSTE G. Traitements psychiatriques par le 4560 R.P. *Vie Médicale*, n° 5, mai 1953.
- POCIDALO, CATHALA, HIMBERT, Mlle TARDIEU. — Action sur l'excitabilité sympathique du chlorhydrate de diméthylamino propyl N chlorophénothiazine (4560 R.P.). *C.R. Soc. Bio.* t. 146, n° 516, mars 1952.
- PICARD P., LE BRAS R. et NAVARRANNE P. — Un cas de coma insulinique au cours d'une cure de Sakel traité et guéri par l'hibernation. Constataions électro-encéphalographiques. *Annales Médico-Psychologiques*, t. II, n° 2, juillet 1953.
- PREVEL P. — Huit essais de « traitement sommeil » à l'aide du 4560 R.P. chez les malades psychiatriques. Thèse, Paris, 1953.

- RIGOTTI S. — Dal blocco del S.N. vegetativo all'ibernazione artificiale ; primi risultati di un nuovo indirizzo di terapia psichiatrica. *Rassegna di Neurologia vegetativa*, 4, 5, 1952.
- Ulteriore esperienze sull'impiego in psichiatria della dimetilamino-propil-N-clorofenotiazina (largactil) *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, 2° trimestre 1953, fasc. II.
- RISER M., LABOUCARIE J. et de BOISSEZON J. — Données récentes sur la thérapeutique des psychoses hyperthermiques. *Soc. Med. et Chirurg.* (2374), 1953, p. 2580.
- RISER M., LABOUCARIE J. et BARRÈS P. — Hibernation dans les psychoses hyperthermiques. *Annales Médico-psychologiques*, t. II, n° 2, juillet 1953.
- RIVÈS et MÉNAGER. — Neuroplégie et délirium tremens. — *Anesthésie et Analgésie*, t. X, n° 3, septembre 1953.
- SAGRIPANTI P. — Primi risultati clinici dell'ipnoterapia eseguita con nuovi preparati. *Minerva Medica*, vol. II, n° 59-60, juillet 1953.
- SAPIR M. et LÉVY M. — Le sommeil thérapeutique. *Gazette Médicale de France*, t. 59, n° 23, 2° numéro de décembre 1952.
- SCHERRER P., LECLERC J. et BIZE N. — Un cas d'encéphalite psychosique, azotémique, guéri par l'hibernation chez une césarisée. *Annales Médico-Psychologiques*, t. 71, n° 4, avril 1953.
- SIGWALD J. — Les indications du traitement de diverses affections neuro-psychiatriques par la chlorpromazine ou chlorhydrate de chloro-3 (riméthylamino-3' propyl)-10 phénothiazine (4560 R.P.). Utilisation pratique des propriétés neuroplégiques et psychoplégiques de ce corps. *Pologie. Le Bulletin Médical*, 12, 1953, p. 319.
- SIGWALD J. et BOUTTIER D. — L'utilisation des propriétés neuroplégiques du chlorhydrate de chloro-3 (diméthylamino-3' propyl)-10 phénothiazine en thérapeutique neuro-psychiatrique. *Presse Médicale*, n° 29, 25 avril 1953.
- Le chlorhydrate de chloro-3 (diméthylamino-3' propyl)-10 phénothiazine en pratique neuro-psychiatrique courante. *Annales de Médecine*, t. 54, n° 2, 1953.
- SIGWALD J. et FLAMANT J. — L'utilisation de la chlorpromazine (4560 R.P.) en pratique neuro-psychiatrique courante. *Semaine Thérapeutique Allemande, Karlsruhe*, 30 août - 5 septembre 1953.

- SIVADON P., KOECHLIN P. et MARKICH H. Trois observations de cure de sommeil à l'aide du 4560 R.P. *Annales Médico-Psychologiques*, t. I, n° 2, février 1953.
- SIZARET P. et SALOMON F. — Action d'un neuroplégique sympatholytique dans les états confusionnels alcooliques. *Annales Médico-Psychologiques*, t. I, n° 1, janvier 1953.
- STAEHELIN J.E. et KIELHOLZ P. — Largactil, ein neues vegetatives Dämpfungsmittel bei psychischen Störungen. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n° 25, 20 juin 1953.
- TERZIAN H. — Studio elettroencefalografico dell'azione sentrale del largactil (4560 R.P.). *Rassegna di Neurologia Vegetativa*, 4-5, 1952.
- THIÉBAUX M. et BOYER R. (Ravenel). — Le 4560 R.P. (largactil) en thérapeutique psychiatrique. A propos de quelques observations. Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy, séance du 25 avril 1953.
- La cure de sommeil dans l'hypertension artérielle et les ulcères gastro-duodénaux. LI^e congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française, Pau, 19-26 juillet 1953.
- TOURAINÉ Y. — Action du 4560 R.P. sur les délires avec agitation des traumatisés crâniens. *Presse Méd.* n° 22, 28 mars 1953.
- VAN EECKHOUTE R. — Le chlorhydrate de Chloro-3 (diméthyl-amino-3' propyl)-10 phénothiazine (4560 R.P.) Son action sur le système nerveux et sur le système neuro-végétatif. Thèse Genève 1953.
- VIALARD. — Utilisation de l'hibernation artificielle comme thérapeutique d'un coma insulinaire prolongé et semblant irréversible. *Anesthésie et analgésie*, t. X, n° 3, sept. 1953.

TABLE DES MATIERES

Introduction et Historique	11
Rappel de quelques notions chimiques et pharmacodynamiques	13
Mode d'action de la Chlorpromazine et posologie	15
Nos observations	21
Indications de la médication en Neuro-Psychiatrie courante	41
Psychoses graves	41
Psychoses aiguës	42
Conclusions	51
Bibliographie	53

